

уровне конкретного вуза, формируя и наполняя содержанием общекультурные и профессиональные компетенции.

Литература

1. Остапенко В.М., Коноплева Е. Л., Лямина Т.Е., Осипова Н.Н., Соколова М.Г. Проблема оценки качества подготовки обучающихся и выпускников при реализации федерального государственного образовательного стандарта. // Актуальные проблемы педагогики высшей медицинской школы. Методическое и практическое обеспечение учебного процесса в высшей школе. – Смоленск: СГМА, 2013. – С.109-112.
2. Остапенко В.М., Шкитин В.А. Нужно ли будущему врачу знать историю? // Актуальные проблемы педагогики высшей школы. Формирование профессионально-значимых качеств личности студента в системе высшего медицинского образования. – Смоленск: СГМА, 2014. – С. 76-79.
3. Приказ Минобрнауки России от 09.02.2016 N 95 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)».
4. Приказ Минобрнауки России от 08.11.2010 г. N 1118 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки специальности 060101 Лечебное дело (Квалификация (степень)» Специалист»).
5. Проект Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело // <http://fgosvo.ru/fgosvo/143/141/17/76>

Изучение уровня знаний специалистов онкологической службы, принимающих участие в оказании гериатрической помощи пациентам

**Прощаев К.И.¹, Ткаченко Е.В.², Коневалова Н.Ю.³, Оленская Т.Л.³,
Полторацкий А.Н.², Кузьминов О.М.⁴**

¹АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология»,
г. Москва, Российская Федерация,

²АННО ВО НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,

³УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет», г. Витебск, Республика Беларусь

⁴ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский
университет», г. Белгород, Российская Федерация

Вопросы учета тяжести сопутствующей патологии особенно актуальны в онкогериатрии, одной из важных клинических проблем которой можно назвать рак желудка [С. Vellas, 2011].

Наличие у пациентов пожилого и старческого возраста сразу двух и более заболеваний создает определенные трудности в лечении онкологических пациентов, а также ухудшает прогноз в отношении выздоровления. [Брискин Б.С., 2007; Прощаев К.И., 2010; 2011; Chamberlain A.M. et al., 2015; Voeckxstaens P. et al., 2015]. Характерное наличие полиморбидности у пациентов пожилого и старческого возраста, ослабление иммунной системы, - все это заставляет рассматривать категорию таких пациентов, как неблагоприятную в плане развития

осложнений, что требует рациональной предоперационной подготовки при выборе оперативного метода лечения рака желудка и существенно ограничивает его возможности [Верткин А.Л., 2012; Лазебник Л.Б., 2013; Брискин Б.С., 2007; Свиридова С.П., 2007].

При назначении химиотерапевтического лечения существуют такие же проблемы. При ее назначении пациентам старших возрастных групп необходимо учитывать наличие сопутствующих заболеваний, а также функциональный статус, которые служат неблагоприятным прогностическим фактором, который отрицательно влияет на общее состояние и продолжительность жизни, а также снижает толерантность к химиотерапии [Zeng K., 2014]. Наиболее значимыми сопутствующими заболеваниями являются коронарная болезнь сердца, сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, почечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания, сосудистые осложнения сахарного диабета, артриты, анемии.

На организм больного пожилого человека влияет три фактора – само заболевание, полиморбидный фон и гериатрический статус, проявляющийся в том или наборе гериатрических синдромов и той или иной степени выраженности старческой астении [Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., 2012]. Однако учет гериатрических синдромов и старческой астении в выборе тактики ведения пациентов стал использоваться лишь в последнее десятилетие. Отметим, что отбор пациентов пожилого и старческого возраста на те или иные методы лечения с учетом степени выраженности старческой астении и выстраивание тактики ведения с учетом полученных данных уже оправдал себя в ряде направлений – кардиохирургии, неврологии и т.д., т.к. позволяет улучшить результаты лечения [Kubesova H., 2012; Vellas C., 2013].

В настоящее время существуют конкретные клинические приемы, способствующие повышению безопасности специальных методов лечения у пациентов пожилого и старческого возраста, как-то: применение таргетных терапевтических средств, методы диагностики, прогнозирования и профилактики неблагоприятного течения периоперационного периода, сопутствующих заболеваний и отдельных гериатрических синдромов. Однако в реальной клинической практике они не объединены в единую интегрированную систему в связи с разрозненностью образовательных программ и отсутствием системы подготовки специалистов онкологической службы по гериатрии и онкогериатрии.

В реальной клинической практике в методиках отбора пациентов пожилого и старческого возраста с раком желудка на химиотерапевтическое лечение не предусмотрена оценка гериатрического статуса, а подготовка по вопросам геронтологии и гериатрии отсутствует в системе последипломного непрерывного образования специалистов онкологической службы.

В результате чего, целью работы явилось разработка и реализация интегрированных программ последипломного повышения квалификации специалистов онкологической службы по вопросам онкологии и гериатрии.

На основании изучения гериатрического статуса пациентов онкологического профиля была разработана интегрированная программа обучения специа-

листов онкологической службы в области онкологии и гериатрии. Данная программа была разработана авторами при методическом руководстве специалистов ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России».

Также была проведена экспертная оценка разработанной программы. В состав экспертной группы вошло 11 специалистов (4 – в области онкологии, 4 – в области геронтологии и гериатрии, 3 – в области педагогики и психологии среднего специального, высшего и последиplomного образования), в т.ч. 2 доктора медицинских наук, 6 кандидатов медицинских наук, 2 кандидата педагогических наук.

Также был реализован педагогический и клинико-организационный эксперимент. Продолжительность организованного эксперимента составила 2 года: с января 2013 года по декабрь 2014 года.

В ходе эксперимента сформированы экспериментальные группы тематического усовершенствования (ТУ) из участников процесса оказания гериатрической помощи пациентам, страдающим раком желудка (категории слушателей курсов ТУ). В том числе:

1. Врачи-онкологи онкодиспансеров - 46 человек;
2. Средний медперсонал онкодиспансеров - 42 человека.

Параметры курсов ТУ: очная форма обучения; 2 недели; 1,5 - 2 кредита (в зависимости от категории в соответствии с экспериментальным учебным планом); 54 - 72 учебных часа (в зависимости от категории в соответствии с экспериментальным учебным планом).

Все слушатели успешно завершили курс ТУ.

С целью изучения динамики изменения уровня индивидуальных учебных достижений слушателей проведено входное (до начала обучения) и выходное (в конце обучения) тестирование всех слушателей курсов ПК. Эксперимент проводился на основе изучения индивидуальных учебных достижений слушателей (ИДС) при ТУ [Бессарабов В.И. и соавт., 2012].

В дальнейшем было проведено проспективное исследование клинической эффективности инновационных подходов к ведению пациентов старших возрастных групп с раком желудка, внедренных врачами, прошедшими обучение, на базе ФГУ НИИ онкологии им. Петрова (Санкт-Петербург), ФГУ НИИ онкологии им. Герцена (Москва).

Уровень знаний специалистов онкологической службы, принимающих участие в оказании гериатрической помощи пациентам с раком желудка, в области геронтологии и гериатрии

В результате изучения результатов тестирования и определения уровня компетенций установлено, что уровень знаний в области теории и терминологии геронтологии и гериатрии у врачей-онкологов достоверно выше, чем у средних медицинских работников ($p < 0,05$) (рис. 1).

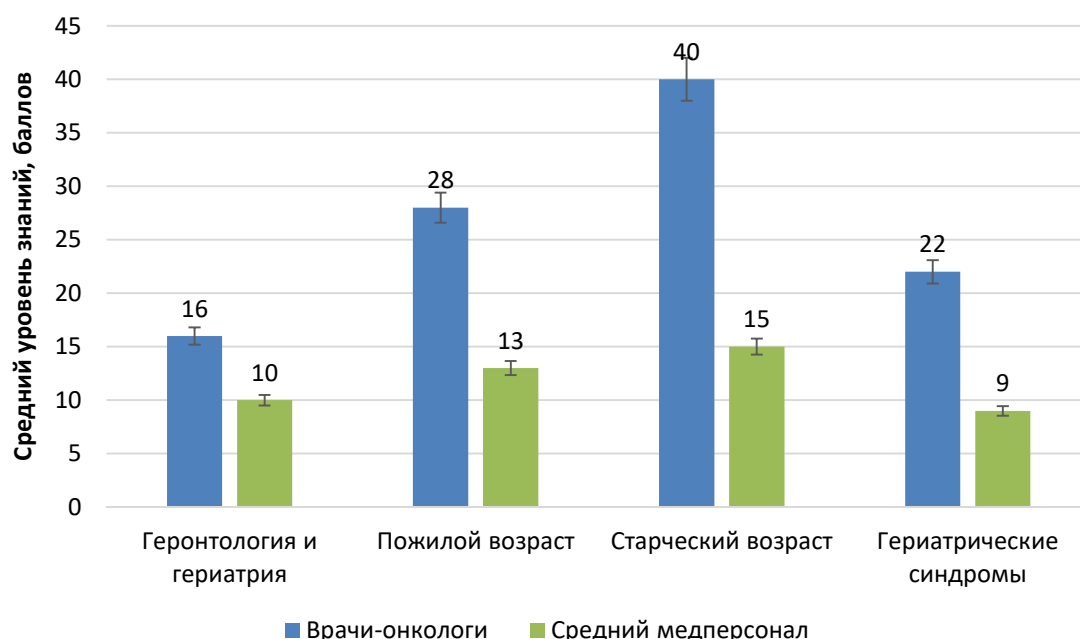


Рисунок 1 – Уровень знаний врачей-онкологов и средних медицинских работников онкодиспансеров, принимающих участие в оказании гериатрической помощи пациентам с раком желудка, в области теории и терминологии геронтологии и гериатрии.

Безусловно, такой результат связан, по-видимому, со спецификой додипломных программ подготовки специалистов. Врачи-онкологи намного лучше осведомлены в области теории и терминологии старческого возраста, по сравнению с пожилым возрастом. В тоже время, достоверных отличий в уровне знаний в этих областях у среднего медперсонала онкодиспансеров не выявлено ($p > 0,05$). Значительно хуже врачи-онкологи ориентируются в терминологическом аппарате, связанном с гериатрическими синдромами. Однако средний уровень знаний в области теории геронтологии и гериатрии оказался еще ниже. Характерно, что ни в одной из компетенций, связанных с теорией и терминологией геронтологии и гериатрии, специалисты онкологической службы не смогли продемонстрировать средний уровень знаний выше 40 баллов по 100-балльной шкале.

При изучении уровня знаний врачей-онкологов и средних медицинских работников онкодиспансеров, принимающих участие в оказании гериатрической помощи пациентам с раком желудка, в области юридических, организационно-методических вопросов и социальных проблем установлено, что владение юридическими и организационно-методическими вопросами врачами-онкологами находится на низком уровне 19-20 баллов из 100 возможных. Несколько лучше ситуация с компетенцией в области социальных проблем, однако и здесь уровень знаний явно недостаточен для организации эффективной помощи пациенту. Средний медперсонал онкодиспансеров слабо ориентируется в рассмотренных сферах знания (12 - 15 баллов из 100), что свидетельствует о практической некомпетентности. Несколько лучше специалисты онкологиче-

ской службы, принимающие участие в оказании гериатрической помощи пациентам с раком желудка, владеют знаниями в области оказания медицинской помощи пожилым пациентам по нозологическим формам (рис. 2).

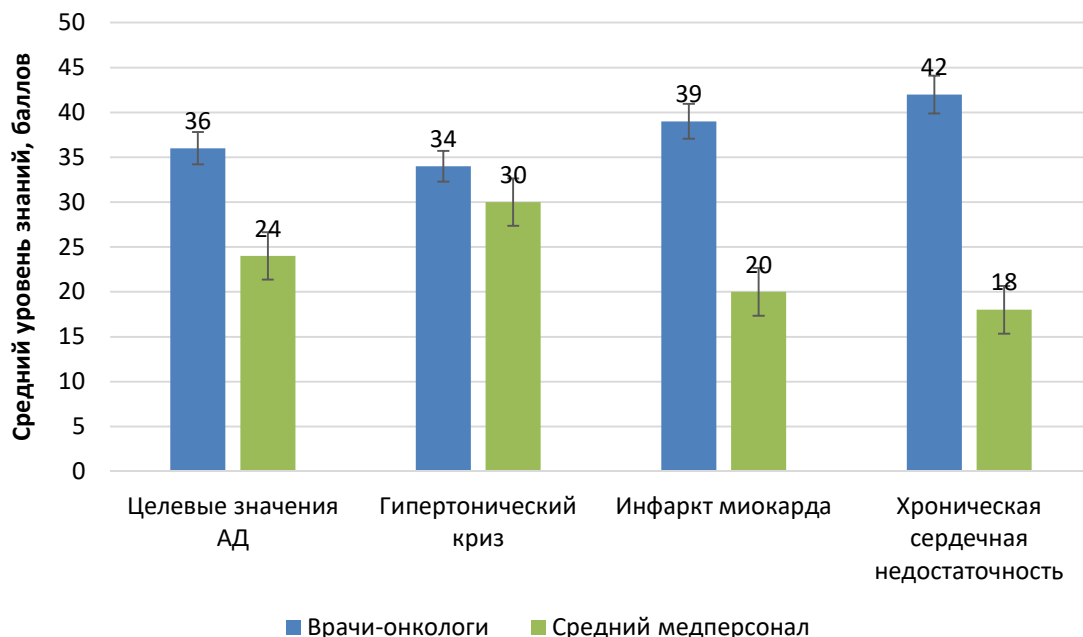


Рисунок 2 – Уровень знаний врачей-онкологов и средних медицинских работников онкодиспансеров, принимающих участие в оказании гериатрической помощи пациентам с раком желудка, в оказания медицинской помощи пожилым пациентам по нозологическим формам.

При изучении уровня знаний работников онкологической службы в области образа жизни пожилых людей также обнаружен ряд характерных закономерностей. Достоверно установлено, что в вопросах организации правильного питания пожилого человека уровень знаний в опрошенных категориях медицинского персонала существенно не отличается ($p > 0,05$). Достоверны различия в уровне знаний между категориями медработников онкологической службы в области особенностей психологии пожилого возраста и геронгологии ($p < 0,05$).

Одновременно нами установлен крайне низкий уровень компетентности работников онкодиспансеров, принимающих участие в оказании гериатрической помощи пациентам с раком желудка, в области основных понятий геронгологии (5 - 9 баллов из 100), что вполне можно соотнести со случайным угадыванием некоторых правильных ответов. Безусловно, геронгология, как наука о дидактике обучения и воспитания пожилого человека, приемах и методах когнитивной мотивации в пожилом возрасте, нова и недостаточно представлена в додипломных образовательных программах подготовки специалистов, однако незнание ее основополагающих принципов медперсоналом онкодиспансеров безусловно снижает эффективность лечебно-профилактических мероприятий, сказывается на общем уровне организации медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Анализ результатов тестирования (определения среднего уровня знаний) работников онкологической службы в области создания среды для пожилых

людей показал, что компетенции в этой сфере являются одними из наименее развитых как у врачей-онкологов, так и у средних медицинских работников онкодиспансеров.

Общая тенденция достоверно более низкого среднего уровня знаний в области всех изученных аспектов (создание безбарьерной среды для пожилых людей, адаптация современных информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) для пожилых людей, создание условий для обучения и социальной реализации) у средних медицинских работников по сравнению с врачами-онкологами сохраняется и в этом случае ($p < 0,05$).

Знания в области создания безопасной, безбарьерной и комфортной среды для пожилых пациентов являются одними из определяющих для обеспечения внешних здоровьесберегающих условий обеспечения лечебно-профилактического процесса. Однако, компетентность на уровне 7-12 баллов из 100 для среднего медперсонала и 14-19 баллов из 100 для врачей-онкологов не позволяет рассчитывать на эффективные действия специалистов онкологической службы в области создания среды для пожилых людей.

Таким образом, анализ уровня знаний врачей-онкологов и средних медицинских работников онкодиспансеров, принимающих участие в оказании гериатрической помощи пациентам с раком желудка, в области геронтологии и гериатрии позволяет утверждать о недостаточной компетентности специалистов в этой области и необходимости разработки специальных образовательных программ последипломного образования с широким вовлечением в образовательный процесс указанных категорий специалистов.

Выводы.

1. Выявлен средний уровень знаний врачей-онкологов и средних медицинских работников онкодиспансеров, принимающих участие в оказании гериатрической помощи пациентам с раком желудка, в области геронтологии, и гериатрии.

2. В практической деятельности врачей-онкологов и врачей-терапевтов онкологических диспансеров (центров) при первичном осмотре пациентов пожилого и старческого возраста целесообразно проводить специализированный гериатрический осмотр.

3. Целесообразно внедрить в программу до- и постдипломной подготовки специалистов, участвующих в процессе оказания помощи людям пожилого и старческого возраста тематических курсов усовершенствования по вопросам геронтологии и гериатрии в онкологической практике.